

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

278

Année 1898

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 31 mars 1898, à 1 heure

Par COHAN (EMILE)

Né à Péas (Marne), le 6 mai 1870

Ancien externe des hôpitaux

RECHERCHES

SUR

LA SITUATION DU COLON TRANSVERSE

Président : M. MATHIAS-DUVAL, professeur.

Juges : MM. LABOULBÈNE, professeur.

REMY,

RICHELOT,

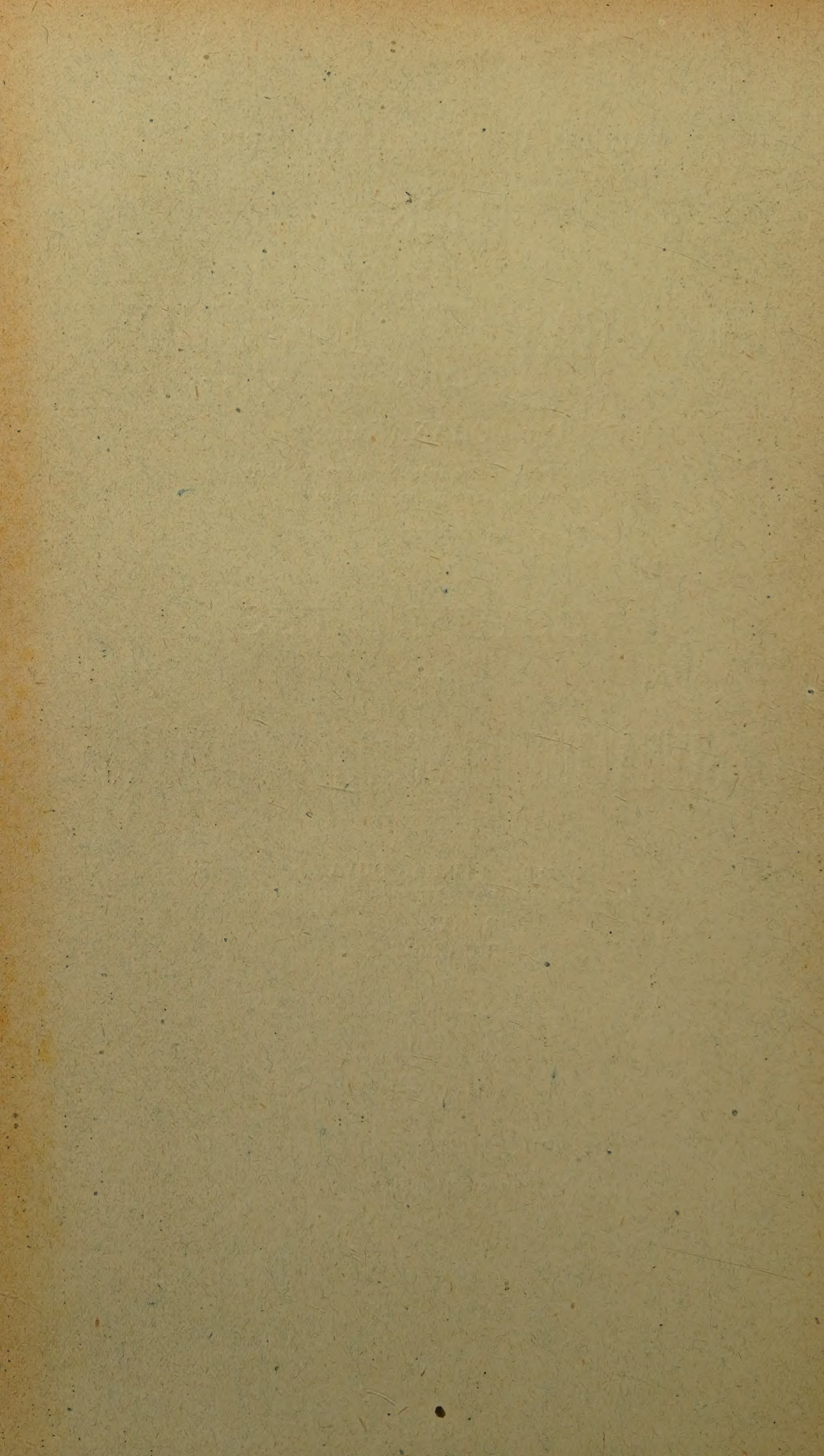
} *agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 31 mars 1898, à 1 heure

Par COHAN (EMILE)

Né à Péas (Marne), le 6 mai 1870

Ancien externe des hôpitaux

RECHERCHES

SUR

LA SITUATION DU COLON TRANSVERSE

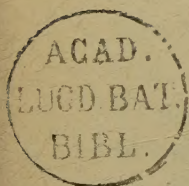
Président : M. MATHIAS-DUVAL, professeur.

Juges : MM. LABOULBÈNE, professeur.

REMY,

RICHELOT,

} *agregés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LADOULBENE.
	CHANTEMESSE
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILIAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRÉ.	GILLES DELA TOURETTE.	NELATON.	THOINOT.
BAR.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	POIRIER, Chef de tra-	VARNIER.
BROCA.	HEIM.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTNER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
Pierre DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Pendant le temps que nous avons passé à Nanterre dans le service de M. le Dr Laugier, nous avons remarqué en pratiquant des autopsies que le côlon transverse occupait parfois dans la cavité abdominale une situation tout à fait anormale, différente de celle qui lui est assignée par les auteurs classiques. Observant alors avec soin les cas anormaux qui se présentaient à nous, nous n'avons pas tardé à remarquer dès nos premiers examens, que ces positions du côlon transverse que nous considérions comme anormales étaient extrêmement fréquentes. Dès lors nous résolûmes, chaque fois que nous ferions une autopsie, de prendre l'observation de chaque côlon transverse, de façon à nous rendre compte exactement de la fréquence de ces formes anormales, par rapport aux formes considérées comme normales.

Nous avons été ainsi amené, par la comparaison de nos observations, à penser qu'il était impossible de décrire un type normal de côlon transverse au point de vue de sa situation. Cet organe est en effet extrêmement mobile, susceptible d'occuper tous les points de la cavité abdominale, de telle sorte qu'il nous paraît préférable, pour donner une idée exacte de sa situation, de décrire plusieurs types, sans considérer l'un d'entre eux comme normal, et les autres comme anormaux. Aussi décrirons-nous dans ce travail les différentes formes des côlons que nous avons rencontrées, en indiquant la fréquence de ces formes les unes par rapport aux autres.

Nous n'avons pas la prétention en nous basant sur 40 observations, de dire quelles sont les formes de côlons transverses les plus fréquentes. Et cela nous serait d'autant moins permis que nous avons observé surtout des gens âgés, ayant des côlons transverses longs par conséquent d'autant plus mobiles. Nous voulons simplement décrire les côlons que nous avons observés, et montrer ainsi combien est variable la situation du côlon transverse.

Mais tout d'abord qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements à nos maîtres dans les hôpitaux :

Que M. le professeur Duplay, dont nous avons été l'externe nous permette de le remercier ici de son enseignement clinique si sage et si clair.

Nous remercions sincèrement de la bienveillance qu'ils nous ont témoignée pendant notre externat, M. le D^r Gombault, médecin honoraire des hôpitaux, M. le D^r Richelot, chirurgien de l'hôpital St-Louis, et M. le D^r Demoulin, chirurgien des hôpitaux.

Notre dernier maître M. le D^r Laugier, médecin de la maison départementale de Nanterre, nous a toujours témoigné la plus parfaite bienveillance, et nous a honoré de sa confiance pendant que nous avons été son interne ; nous lui en sommes profondément reconnaissant.

Que M. le professeur Duval qui nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, reçoive ici tous nos remerciements.

Enfin nous adressons à notre excellent ami Georges Bernard, qui a mis avec tant de bonne grâce à notre disposition son talent de dessinateur, nos plus affectueux remerciements.

CHAPITRE PREMIER

Côlon ascendant et côlon descendant.

Chaque fois que nous avons examiné le côlon transverse, nous avons également noté les particularités que présentaient le côlon ascendant et le côlon descendant. Nous avons presque toujours trouvé ces portions de l'intestin à peu près identiques, occupant la même situation, ayant une direction générale plus ou moins sensiblement verticale et décrivant quelques sinuosités.

Au point de vue de la longueur nous avons trouvé des chiffres assez différents, différence due pour une faible part à la position du cæcum dans la fosse iliaque, ou à la présence de ce cæcum dans la cavité pelvienne. Une autre cause de variabilité de la longueur du côlon ascendant était due à la situation de l'angle colique droit qui s'est rencontré comme nous le verrons plus loin à des hauteurs variables ; mais ceci encore produit des changements peu considérables dans la longueur du côlon ascendant. Ce qui cause surtout les variations de longueur parfois assez considérables du côlon ascendant, ce sont les flexuosités qu'il décrit ; nous avons rencontré des côlons ascendants rectilignes, assez peu nombreux d'ailleurs ; la plupart du temps, en effet le côlon ascendant décrit des flexuosités plus ou moins longues, flexuosités en forme d'S italique située soit dans un plan transversal soit dans un plan antéro-postérieur. Enfin dans quelques cas,

(6 fois sur 40) l'absence d'angle colique droit ne nous a pas permis d'assigner une limite exacte à la terminaison du côlon ascendant.

Le côlon descendant (nous entendons par là toute la portion du gros intestin qui s'étend du ligament diaphragmatico-colique terminaison du côlon transverse, au bord interne du muscle psoas origine du côlon pelvien) nous a paru plus long et plus flexueux que le côlon ascendant. Nous l'avons trouvé également presque toujours caché par des anses d'intestin grêle, fait que nous avons constaté moins fréquemment pour le côlon ascendant.

Voici les longueurs respectives des côlons ascendant et descendant :

Côlon ascendant longueur moyenne 49 centimètres

— longueur la plus petite 40 centimètres.

— longueur la plus grande 29 centimètres.

Côlon descendant longueur moyenne 24 centimètres.

— longueur la plus petite 17 centimètres.

— longueur la plus grande 38 centimètres.

Le côlon ascendant et le côlon descendant sont dans certains cas pourvus d'un mésocôlon ; d'autres fois ils ne sont pas complètement entourés de péritoine et adhèrent par leur face postérieure à la paroi abdominale. Nous avons constaté assez souvent l'existence d'un mésocôlon ascendant (18 fois sur 40) et plus souvent encore celle d'un mésocôlon descendant (28 fois sur 40) ; en d'autres termes nous avons trouvé :

Le côlon ascendant est pourvu d'un méso 45 fois sur 100.

Le côlon descendant — 70 —

Ces chiffres sont supérieurs à ceux que donne Trèves et qui sont les suivants :

Le côlon ascendant est pourvu d'un méso 26 fois sur 100.

Le côlon descendant — 36 —

Fromont a trouvé un mésocôlon ascendant supérieur à un centimètre dans 30 pour 100 des cas, et il a trouvé moins souvent encore un mésocôlon descendant.

Les quelques rares anomalies de côlon ascendant observées par nous sont les deux suivantes :

1° Chez une femme de 76 ans, à thorax long et étroit, et dont le foie déborde le rebord des fausses côtes de cinq travers de doigt sur la ligne mammaire, le cæcum (voir planche I) est situé sur la ligne médiane exactement au niveau de l'ombilic, et renversé de telle sorte que son fond est sa portion la plus élevée dans la cavité abdominale. En rapport immédiat avec la paroi abdominale en avant, le cæcum affleure en arrière par son fond la vésicule remplie de bile, recouvre le ligament gastro-colique et l'anse que forme la première portion du côlon transverse. Ayant ainsi son origine au niveau de l'ombilic, le côlon ascendant se dirige verticalement en bas, passe au devant de l'articulation sacro-lombaire, puis forme une anse pelvienne à convexité postéro-inférieure occupant la moitié droite du petit bassin. Cette anse pelvienne repose en arrière sur des anses d'intestin grêle, et la moitié droite de sa convexité en rapport avec toute la moitié supérieure de la face antérieure de l'utérus dévié à droite ; la partie gauche de cette convexité est en rapport avec la portion transversale du côlon pelvien qui se cache ensuite derrière l'utérus. La branche gauche ascendante de cette anse pelvienne s'applique contre la paroi latérale gauche du petit bassin, contourne le muscle psoas et arrive dans la fosse iliaque. Le côlon ascendant parcourt obliquement cette fosse iliaque de

bas en haut, et arrivé à un centimètre au-dessous de la crête iliaque se recourbe pour se diriger transversalement à gauche et former ainsi l'angle colique droit immédiatement au-dessous du bord inférieur du foie qui descend jusque-là. La longueur de ce côlon ascendant est de 29 centimètres.

2° Chez un homme de 72 ans le cæcum est au niveau de la crête iliaque ; de là le côlon ascendant se dirige directement en bas, parcourant toute la fosse iliaque, et arrivé au niveau du muscle psoas il se recourbe à angle aigu pour devenir directement ascendant, et se placer immédiatement au devant de la portion descendante. Le côlon ascendant arrive ainsi au niveau de la vésicule biliaire, et là il se recourbe pour devenir côlon transverse. La longueur de ce côlon est de 26 centimètres.

Nous n'avons pas rencontré d'anomalies du côlon descendant.

CHAPITRE II

Angle droit ou hépatique du côlon.

L'angle colique droit marque le point de passage du côlon ascendant dans le côlon transverse. Il n'est pas constant et dans certains cas le passage du côlon ascendant dans le côlon transverse se fait insensiblement, par une légère courbure ou même sans aucune inflexion. Son absence nous a cependant paru assez rare, car nous avons constaté sa présence 35 fois sur 40 autopsies, contrairement à Fromont (Thèse Lille, 1890) qui signale sa présence dans 25 cas seulement sur 40. Par contre Mauclore et Mouchet dans un travail sur le côlon transverse (*Bulletins de la Société Anatomique*, 1896) n'ont pas trouvé cet angle absent une seule fois sur 100 autopsies.

Cet angle hépatique du côlon est souvent un angle droit ou un angle aigu, rarement un angle obtus.

Sa situation est très variable : il peut être situé dans la fosse iliaque, immédiatement au-dessus de la crête iliaque dans la fosse lombaire, mais le plus souvent il siège plus haut dans l'hypochondre droit, s'appuyant sur la face interne du lobe droit du foie, et y marquant son empreinte au devant des empreintes duodénale et rénale ; cette empreinte est assez souvent située au niveau du fond de la vésicule biliaire. L'angle hépatique répond alors en avant aux cartilages des 10^e ou 11^e côtes ; en arrière il recouvre la face antérieure du

rein dans sa partie inférieure sur une étendue plus ou moins grande ; il recouvre également la portion descendante du duodénum.

On a signalé de nombreux ligaments réunissant l'angle colique droit aux organes voisins et surtout au foie. Ces ligaments ne sont pas constants ; dans un assez grand nombre de cas (14 fois sur 40), nous n'avons pas trouvé la moindre trace de ligaments. Pour Fromont l'absence de ligaments serait encore plus fréquente, car dans ses observations ces ligaments manquent 30 fois sur 40. Jonnesco, dans le *Traité d'anatomie humaine* de Poirier et Charpy, décrit à l'angle droit du côlon 3 ligaments :

1° Le ligament hépato-colique qui est plus souvent hépato-duodéno-réno-colique.

2° Le ligament cystico-colique qui est le prolongement à droite du petit épiploon.

3° Le ligament gastro-duodéno-colique qui est le prolongement du grand épiploon.

Voici ce que nous avons trouvé au point de vue de l'existence de ces ligaments : le ligament gastro-duodéno-colique est à peu près constant mais plus ou moins fusionné avec les autres ligaments. Nous avons trouvé la coexistence des ligaments hépato-colique et cystico-colique deux fois seulement, et nous avons trouvé un nombre égal de fois soit l'un soit l'autre, c'est-à-dire 12 fois le ligament hépato-colique seul, et 12 fois le ligament cystico-colique seul. Dans quelques cas le ligament cystico-colique formait un mésocyste à la vésicule biliaire.

CHAPITRE III

Côlon transverse.

Il nous paraît impossible de décrire d'après nos observations, même en schématisant, un type normal de côlon transverse. Le côlon transverse est en effet un organe tellement variable dans sa situation et sa direction que nous sommes obligé de distinguer plusieurs variétés sans toutefois pouvoir décrire un type normal et des types anormaux ; nous n'avons pas en effet rencontré de côlons pouvant rentrer dans le même groupe en assez grand nombre, pour nous permettre de donner une description de côlon transverse s'appliquant à la majorité des cas.

Nous avons déjà dit et nous répétons que la majorité des sujets sur lesquels nous avons pris nos observations sont des sujets âgés, et que par conséquent tout notre travail n'a pas une valeur anatomique générale, et s'applique surtout au côlon transverse des vieillards. Nous ne voulons pas dire par là que le côlon transverse des vieillards diffère de celui des adultes, nous pensons au contraire que l'on trouverait chez l'adulte les mêmes variétés nombreuses que nous avons trouvées chez les vieillards, — et il se trouve en effet que les côlons d'adultes que nous avons pu observer, ne rentrent pas tous dans le même groupe, et se trouvent aussi différents les uns des autres que ceux des gens âgés. Mais nous tenions à faire cette

remarque, de façon à rester dans les limites strictes de l'observation des faits.

Comment allons-nous maintenant classer les différents types de côlon transverse ? Pour cela étudions le côlon transverse tel qu'il a été décrit par les divers auteurs, ayant également présentes à l'esprit les différentes formes que nous avons observées. Cela nous permettra ainsi de faire un rapide historique de la question, et de comprendre les différences qui existent entre le côlon normal décrit par les auteurs et les côlons anormaux fréquents observés par nous.

Limites. — Les limites du côlon transverse sont généralement très nettes. Son origine est au niveau de l'angle colique droit, que cet angle soit ou non soutenu par un ligament. Lorsque cet angle n'existe pas, il est impossible de marquer le point exact de passage du côlon ascendant dans le côlon transverse, mais l'absence de cet angle est relativement rare ainsi que nous l'avons vu plus haut.

La terminaison du côlon transverse est au niveau de l'angle gauche du côlon toujours marqué par la présence d'un ligament : le ligament phrénico-colique. Donc rien de plus précis d'après les auteurs que le point de passage du côlon transverse dans le côlon descendant. En réalité il n'en est pas toujours ainsi, et dans un certain nombre de cas le ligament phrénico-colique ne se trouve pas au niveau de l'angle colique gauche, il se trouve plus bas ; c'est-à-dire l'angle colique gauche étant haut situé dans l'hypochondre gauche, le ligament phrénico-colique s'insère d'une part sur les dernières côtes, et d'autre part sur le côlon à plusieurs centimètres au-dessous de l'angle, de telle sorte qu'il paraît s'insérer sur le côlon descendant. Dans ce cas-là, où finit le côlon transverse ?

est-ce au niveau de l'angle ? est-ce au niveau du ligament ? Puisque à partir de l'angle le côlon est directement descendant et ne change pas de direction au niveau du ligament, il semble rationnel de considérer le côlon transverse comme se terminant au niveau de l'angle. Cependant telle n'est pas notre opinion, et nous considérons le côlon transverse comme se terminant au niveau du ligament, et cela parce que le ligament est constant et que dans la plupart des cas l'angle se fait à son niveau, et parce que quand cet angle est situé plus haut que le ligament, cela est dû à un renversement en haut du méso-côlon transverse. On peut en effet dans ces cas, en renversant en bas le méso-côlon transverse, abaisser cet angle gauche du côlon, au-dessous du ligament, de telle sorte que l'on rétablisse ainsi l'angle colique gauche au niveau du ligament phrénico-colique.

Longueur. — La longueur du côlon transverse est très variable puisque nous avons trouvé des côlons transverses de 38 centimètres et d'autres de 87 ; elle varie donc du simple au double avec tous les intermédiaires. Trèves donne comme longueur moyenne 54 centimètres. La longueur du côlon transverse est intéressante à noter, car elle peut être considérée dans une certaine mesure comme une des causes de la variabilité de sa situation et de sa direction ; plus le côlon est long plus ses inflexions sont nombreuses.

Situation. — « Le côlon transverse, dit Jonnesco (*loco citato*), commence dans l'hypochondre droit, traverse l'épigastre, quelquefois la région ombilicale, plus rarement l'hypogastre, et se termine dans l'hypochondre gauche. » A cela il faut ajouter qu'on peut encore trouver le côlon transverse dans le petit bassin et dans les fosses iliaques, en somme dans tous les points de la cavité abdominale.

Au point de vue de sa situation par rapport à l'ombilic, Fromont l'a trouvé sur 40 cas 22 fois au-dessus de l'ombilic, — 10 fois au niveau de l'ombilic, — et 8 fois au-dessous de l'ombilic. Sur 100 autopsies, Mauclaire et Mouchet l'ont trouvé : 44 fois au-dessus de l'ombilic, — 34 fois au niveau de l'ombilic, — et 26 fois au-dessous de l'ombilic. — On voit d'après ces statistiques que pour Fromont il y a prédominance de côlons haut situés, tandis que pour Mauclaire et Mouchet il y a prédominance de côlons bas situés, abaissés au moins au niveau de l'ombilic. Ces derniers auteurs ayant examiné 59 hommes et 44 femmes ont cependant trouvé deux fois plus de femmes que d'hommes ayant le côlon transverse au-dessous de l'ombilic. Cela vient à l'appui de l'observation clinique qui a toujours assigné une plus grande fréquence de ptoses viscérales chez la femme. Notre statistique personnelle nous conduit aux mêmes conclusions que celles de Mauclaire. Nous avons en effet trouvé sur 40 cas le côlon transverse :

Au-dessus de l'ombilic, 16 fois chez 14 hommes et 2 femmes.

Au niveau de l'ombilic, 7 fois chez 7 hommes.

Au-dessous de l'ombilic 17 fois chez 8 hommes et 9 femmes.

Direction et rapports. — C'est surtout à propos de la direction qu'il est difficile de décrire un seul type de côlon transverse. La plupart des auteurs classiques (Sappey, Cruveilhier, etc.) décrivent le côlon transverse comme s'étendant à peu près horizontalement entre les deux hypochondres au-dessous de la grande courbure de l'estomac, continuant à droite le côlon ascendant et se continuant à gauche avec le côlon descendant. Parfois, ajoutent-ils, il décrit quelques sinuosi-

tés ; en tout cas le gros intestin entoure comme un cadre l'intestin grêle.

Fromont distingue dans la majorité des cas (33 fois sur 40) 2 portions au côlon transverse ; l'une droite, l'autre gauche, situées de chaque côté de la ligne médiane. La portion droite ou anse transverse vraie est horizontale. La portion gauche ou anse gastro-colique part de la ligne médiane ou un peu à gauche d'elle, se dirige en haut et à gauche vers l'hypochondre dans lequel elle pénètre plus ou moins profondément, en suivant la grande courbure de l'estomac. Cette disposition n'avait jamais été notée par les auteurs sauf par Von Told qui l'a rencontrée 3 fois. Le coude terminal de l'anse gastro-colique ne coïncide pas généralement avec l'origine même du côlon descendant toujours indiquée par le ligament colique sous-costal gauche : presque toujours en effet il y a entre le coude terminal de l'anse et l'origine du côlon descendant 3 ou 4 centimètres de côlon transverse quelquefois un peu flexueux mais le plus souvent fortement rétréci et descendant s'aboucher directement dans la dernière portion du gros intestin.

Outre cette disposition habituelle, Fromont signale quelques anomalies assez rares, portant presque exclusivement sur l'anse gastro-colique qui prend la forme d'une S italique placée au devant de l'estomac.

Jonnesco distingue également une portion droite oblique en bas et à gauche, rarement horizontale, et une portion gauche presque verticale qui suit la grande courbure de l'estomac, pénètre dans l'hypochondre gauche, puis quitte la grande courbure pour se placer sur la face postérieure du corps de l'estomac. Sous l'extrémité inférieure de la rate, devant le rein, au niveau de l'extrémité antérieure de la sixième côte,

elle s'infléchit pour former l'angle gauche du côlon. Très souvent aussi le côlon transverse plus long décrit une grande anse à concavité supérieure dont le point déclive atteint ou dépasse l'ombilic ; les 2 branches de l'U ainsi formé peuvent être parallèles aux côlons ascendant et descendant et même les recouvrir. Plus rarement le côlon est vertical dans toute son étendue ; il naît près de la crête iliaque droite et monte presque verticalement dans l'hypochondre gauche. Quelquefois enfin il peut présenter des flexuosités nombreuses, décrire une S ou même une M. Jamais, ajoute Jonnesco, il n'est horizontal.

Quant au coude terminal de l'anse gastro-colique ou angle splénique du côlon, il est constant, aigu, très haut situé dans l'hypochondre gauche, derrière le corps de l'estomac, au-dessous de la rate ; il est fixe et relié dans tous les cas à la paroi thoraco-abdominale latérale gauche et au diaphragme qui la recouvre, par un repli péritonéal le ligament phrénico-colique.

Mauclaire et Mouchet décrivent également au côlon transverse 2 portions : une portion droite qu'ils appellent anse sinueuse (c'est l'anse transverse vraie de Fromont) dont le caractère le plus invariable consiste dans ses sinuosités. La seconde portion ou anse gastro-colique suit la grande courbure de l'estomac derrière laquelle elle vient généralement se placer au moment de se couder pour devenir côlon descendant ; dans quelques cas cette anse se place au devant de l'estomac, le séparant ainsi de la paroi abdominale. Ces auteurs n'ont trouvé l'anse gastro-colique sinueuse que 6 fois sur 100.

Quant à l'angle gauche du côlon ils en donnent la même

description que Jonnesco, en insistant peut-être encore davantage sur sa fixité qu'ils attribuent à l'existence du ligament phrénico-colique, mais surtout d'un autre ligament, le ligament spléno-colique décrit par Tillaux de la façon suivante (Tillaux, *Anatomie topographique*, 6^e édition, page 740) : « ce ligament part de l'extrémité inférieure de la rate et va se fixer à l'intestin au point de rencontre du côlon transverse et du côlon descendant. Il est constitué par un faisceau fibreux assez résistant doublé du péritoine. »

En résumé, certains auteurs décrivent de façon très simple le côlon transverse comme s'étendant transversalement entre les deux hypochondres sur les limites des régions épigastrique et ombilicale. Pour d'autres auteurs le côlon transverse n'est jamais horizontal (Jonnesco) ; ou il l'est tout à fait exceptionnellement 2 fois sur 100 (Mauclaire). Il présente 2 portions : l'une, horizontale pour Fromont, légèrement oblique en bas et à gauche pour Jonnesco, sinueuse pour Mauclaire ; l'autre, ou anse gastro-colique, presque verticale et s'enfonçant dans l'hypochondre gauche jusqu'au-dessous de l'extrémité inférieure de la rate. A ce niveau le côlon se coude pour devenir verticalement descendant, et l'angle ainsi formé, très aigu, qui marque la limite du côlon transverse et du côlon descendant est maintenu fixe par un ou deux ligaments, le ligament phrénico-colique pour Jonnesco, et aussi le ligament spléno-colique pour Tillaux et Mauclaire. Pour Fromont il en est quelquefois ainsi, mais le plus souvent le ligament phrénico-colique est situé plus bas. Jonnesco ajoute que très souvent aussi le côlon décrit une anse à concavité supérieure, et que quelquefois il peut présenter des flexuosités nombreuses, décrire une S italique ou même une M.

Enfin ces différents auteurs décrivent quelques formes spéciales de côlon transverse comme des anomalies, car ils n'ont rencontré ces formes que tout à fait exceptionnellement. C'est justement à cause de l'existence de ces formes anormales rencontrées fréquemment par nous qu'il nous est impossible de décrire un seul type de côlon, et notre opinion différera des précédentes surtout à cause de ce fait.

Tout ce que nous venons de dire sur le côlon transverse d'après les descriptions des divers auteurs, nous l'avons également rencontré dans nos autopsies, mais nous avons rencontré aussi d'autres formes que nous ne pouvons pas considérer comme anormales, car elles sont trop fréquentes, certaines même plus fréquentes que celles sur lesquelles sont basées les descriptions de Fromont, Jonnesco, etc. Et en particulier cette division du côlon transverse en 2 portions ne nous paraît pas pouvoir être acceptée dans tous les cas, ni même dans la majorité des cas, car il est souvent impossible de marquer la limite de ces 2 portions.

Mais avant de décrire les différentes formes de côlons transverses que nous avons observées, il nous paraît utile de dire d'abord quelques mots du méso-côlon transverse et du ligament gastro-colique.

Méso-côlon transverse et ligament gastro-colique. — Si le côlon transverse est très mobile, c'est grâce à un long méso qui l'attache à la paroi abdominale postérieure et dont les 2 feuillets s'écartent au niveau de son hile pour l'entourer complètement.

Si d'autre part cette extrême mobilité est un peu atténuée, c'est grâce au ligament gastro-colique, repli péritonéal formé par la lame antérieure du grand épiploon qui rat-

tache le côlon transverse à la grande courbure de l'estomac.

Voici d'après Jonnesco la description de ces deux ligaments : le méso-côlon transverse forme une cloison horizontale interposée à l'intestin grêle d'une part, au foie, à l'estomac et à la rate d'autre part. Il divise la cavité abdominale en deux étages : un supérieur dont il forme le plancher, étage gastro-spléno-hépatique ; un autre inférieur dont il forme la voûte, étage intestinal. Il présente à considérer 2 bords, 2 faces, 2 extrémités.

Le bord postérieur, pariétal, ou racine, concave en arrière s'étend entre les deux reins ; il passe sur la face antérieure de la portion descendante du duodénum, sur la tête du pancréas, au-dessus de l'angle duodéno-jéjunal, et le long du bord inférieur du corps du pancréas.

Le bord antérieur, intestinal, convexe en avant, s'insère sur la face postérieure du côlon dont il suit les inflexions.

Les 2 extrémités ne sont pas situées au même niveau : l'extrémité gauche est située sur un plan plus élevé que l'extrémité droite.

La face supérieure contribue à former le plancher de l'arrière-cavité des épiploons ; sur elle repose la paroi postérieure de l'estomac.

La face inférieure repose sur l'intestin grêle flottant.

La hauteur, c'est-à-dire la distance qui sépare les 2 bords, est plus grande au milieu de l'arc du côlon, où elle atteint 10 à 16 centimètres, qu'aux 2 extrémités où elle est réduite à 2 ou 3 centimètres et même à moins.

Le ligament gastro-colique tendu de la grande courbure de l'estomac au bord supérieur du côlon transverse est formé par la lame antérieure du grand épiploon. Celle-ci d'abord

indépendante du côlon au devant duquel elle passe librement (embryon quatrième mois) lui adhère généralement chez l'adulte, et lorsque cette soudure fait défaut, alors le ligament gastro-colique manque.

Ainsi donc grâce à son méso, le côlon est très mobile ; et dans ses divers déplacements il oriente de façons différentes ce méso. Et nous verrons en décrivant les diverses variétés de côlon transverse que le méso-côlon n'est pas toujours horizontal, mais le plus souvent renversé, soit en bas, soit en haut, de telle sorte que dans le premier cas son bord antérieur devient inférieur, et sa face supérieure, antérieure ; — dans le second cas son bord antérieur devient supérieur, et sa face supérieure, postérieure.

I. — Côlon transverse horizontal ou sensiblement horizontal.

Le côlon ascendant traverse de bas en haut la fosse iliaque droite jusqu'au niveau de l'angle colique droit. De l'angle colique droit situé profondément sous la face interne du lobe droit du foie, au devant de l'extrémité inférieure du rein, le côlon transverse, long de 45 centimètres, se dirige d'abord obliquement en avant et à gauche, puis devient directement transversal, toujours situé dans le même plan horizontal, à égale distance de l'appendice xiphoïde et de l'ombilic. Il longe la grande courbure de l'estomac, et arrivé au niveau du rebord des fausses côtes gauches il s'enfonce dans l'hypochondre gauche, abandonne la grande courbure de l'estomac, et se recourbe un peu en arrière sans s'élever dans l'hypochondre. Arrivé ainsi au devant du rein gauche il se recourbe à peu près à angle droit et devient directement descendant. Au

niveau de cet angle colique gauche s'insère le ligament phrénico-colique qui va d'autre part s'insérer sur la 11^e côte ; sur la face supérieure concave de ce ligament se loge l'extrémité inférieure de la rate.

Le côlon transverse décrit donc ainsi dans son ensemble un arc convexe en avant et situé dans un même plan horizontal. Les 2 angles coliques droit et gauche sont situés au même niveau.

Le ligament gastro-colique est court et ne dépasse pas 6 centimètres. Le méso-côlon transverse n'est pas non plus très long et mesure 12 centimètres dans sa partie médiane : il est à peu près horizontal, tendu de la paroi postérieure de l'abdomen au bord postérieur du côlon transverse.

Cette forme de côlon semblable à celle que décrivaient les anciens auteurs comme normale, presque constante, nous ne l'avons rencontrée que cinq fois. Ces cinq observations sont à peu près identiques à celle que nous venons de rapporter, et n'en diffèrent que par les quelques différences suivantes : le côlon est situé soit un peu plus haut, plus près de l'appendice xiphoïde, soit un peu plus bas près de l'ombilic, suivant que la grande courbure de l'estomac descend plus ou moins bas. Dans 2 cas le côlon n'est pas absolument transversal, mais très légèrement oblique en haut et à gauche, de sorte que l'angle gauche est situé sur un plan un peu plus élevé que l'angle droit, sans toutefois être haut placé dans l'hypochondre gauche.

A côté de cette forme nous devons placer un autre type de côlon transverse à peu près analogue au précédent. Voici la description de ce côlon dont nous avons rencontré deux exemples seulement : à l'ouverture de l'abdomen on n'aperçoit

que la partie médiane du côlon transverse sur une longueur de 10 centimètres, les 2 extrémités droite et gauche étant profondément enfoncées sous les côtes.

Le côlon ascendant commence au niveau du détroit supérieur et se dirige directement en haut décrivant une courbe à concavité antérieure.

L'angle colique droit se trouve immédiatement au-dessous de la vésicule biliaire et est pourvu d'un mince ligament hépato-colique, qui va s'insérer d'autre part sur le duodénum, sur le rein et sur la face interne du lobe droit du foie au-dessus de la vésicule biliaire.

A partir de l'angle hépatique le côlon décrit une anse presque entièrement cachée sous les fausses côtes droites, dont la convexité est tournée en bas et en dedans ; après avoir décrit cette anse, le côlon forme un nouvel angle et devient directement transversal, sortant de dessous les fausses côtes droites. Devenu ainsi directement transversal au niveau du creux épigastrique, le côlon transverse arrive au niveau du rebord costal gauche ; il s'enfonce sous les fausses côtes gauches, oblique à gauche en arrière et un peu en haut, forme un angle ouvert en bas et en dedans, décrit une anse symétrique à la première dont la convexité est tournée par conséquent également en bas et en dedans, forme enfin un nouvel angle pour prendre une direction verticale et devenir ainsi côlon descendant. C'est en effet au niveau de ce dernier angle que s'insère le ligament phrénico-colique qui va d'autre part s'attacher sur la 11^e côte. Ce ligament phrénico-colique absolument semblable à tous les autres (nous avons en effet toujours rencontré ce ligament identique dans tous les cas et tel qu'il est décrit par Jonnesco) ne reçoit pas ici l'extrémité inférieure de

la rate sur sa face supérieure concave en forme de nid de pigeon ; c'est l'extrémité inférieure du rein gauche qui se loge dans la partie postérieure de cette face supérieure ; l'extrémité inférieure de la rate est située à 6 centimètres au-dessus de ce ligament.

Le côlon descendant pourvu d'un méso-côlon descend verticalement jusqu'au détroit supérieur où il se continue avec le côlon pelvien.

L'estomac occupe la partie tout à fait supérieure du creux épigastrique et surtout l'hypochondre gauche. La portion transversale du côlon longe la grande courbure et lui est rattachée par un très court ligament gastro-colique. C'est ce ligament gastro-colique qui maintient ainsi haut placé le côlon transverse, car lorsqu'on l'a coupé on peut grâce à la longueur du méso-côlon transverse (18 centimètres), abaisser le côlon jusqu'au niveau du détroit supérieur.

En résumé nous venons de décrire un côlon transverse présentant les caractères suivants : il est transversal et sensiblement horizontal, rectiligne, sauf les deux anses au niveau des angles qui existaient dans deux observations ; il est relativement court puisque la longueur moyenne dans ces 7 cas est de 47 centimètres ; — sont également courts le méso-côlon transverse (12 centimètres) et le ligament gastro-colique (jamais plus de 6 centimètres).

II. — Côlon transverse décrivant une anse à convexité inférieure.

Chez une femme de 62 ans (voir planche II) le côlon transverse long de 53 centimètres, forme dans la cavité abdominale une vaste anse à concavité supérieure qui se trouve en

contact avec la partie supérieure de la symphyse pubienne, et a marqué son empreinte sur l'extrémité antérieure de la vessie ; la vessie était en effet distendue par l'urine et complètement séparée de la paroi abdominale par l'extrémité inférieure de cette anse colique . Cette anse colique dilatée présente une portion descendante oblique en bas et à gauche, et une portion ascendante symétrique oblique en haut et à gauche ; elle est en rapport direct en avant avec la paroi abdominale et repose en arrière sur des anses d'intestin grêle.

Le ligament gastro colique occupe la partie médiane de la cavité abdominale entre les 2 branches de l'anse colique ; il mesure sur la ligne médiane 12 centimètres ; il est transparent et laisse voir derrière lui des anses d'intestin grêle.

Si l'on examine maintenant les autres parties du côlon on voit que le côlon ascendant parcourt de bas en haut la fosse iliaque droite, presque complètement caché par la première portion descendante de l'anse colique. Arrivé au niveau de la crête iliaque droite, le côlon se recourbe à angle aigu pour former l'angle droit ou hépatique ; cet angle repose en arrière sur la partie moyenne de la face antérieure du rein, ce rein étant abaissé jusqu'au-dessous de la crête iliaque, de sorte que son extrémité inférieure est recouverte par l'origine du côlon transverse. L'angle colique est appliqué contre le rein par le péritoine qui du côlon aborde directement la face antérieure du rein sans former de méso ; il y a ainsi contact direct entre la face antérieure du rein et la face postérieure du côlon.

Un ligament hépato-gastro-colique s'insérant en bas sur le côlon, non pas directement sur l'angle mais sur l'origine du côlon transverse, se bifurque pour aller s'insérer, en haut et

à droite près de la vésicule biliaire, en haut et à gauche sur la grande courbure de l'estomac près du pylore ; ce ligament se continue à gauche avec le ligament gastro-colique.

Après avoir décrit son anse médiane convexe en bas, le côlon transverse, un peu au-dessous de la crête iliaque gauche, se recourbe en arrière, formant ainsi un angle à peu près symétrique au premier, situé cependant un peu plus bas ; ce n'est pas là le véritable angle colique gauche, car à partir de cet angle le côlon s'enfonce en arrière et un peu en haut jusque sous la dernière côte pour se recourber de nouveau et devenir verticalement descendant, et à ce niveau s'insère le ligament phrénico-colique. Cet angle colique gauche, repose en arrière sur la moitié inférieure du rein gauche qui n'est pas abaissé comme le rein droit jusqu'à la crête iliaque.

Le méso-côlon transverse est ici long et n'est plus du tout horizontal ; il est renversé en bas de telle sorte que sa face supérieure est devenue antérieure, et son bord antérieur est devenu inférieur attiré en bas par l'anse colique.

Nous avons trouvé dans 10 cas, dont 6 femmes, le côlon transverse présentant à peu près la même disposition que celle que nous venons de décrire. Chez ces 6 femmes toutes âgées de plus de 60 ans, le côlon transverse décrit, soit une seule anse à concavité supérieure pouvant descendre jusque dans la cavité pelvienne, soit deux anses latérales également concaves en haut. Les deux angles coliques sont bas situés, à peu près au niveau des crêtes iliaques, et l'angle gauche ne dépasse jamais la 11^e côte, au point de vue de sa hauteur. Dans ces 6 cas les reins sont abaissés et surtout le rein droit.

Dans les 4 autres observations se rapportant à des hommes, il n'y a pas de ptose viscérale autre que celle du côlon, qui

dans un cas décrit trois anses à convexité inférieure (2 latérales et une médiane).

Dans un autre cas il existe une vaste anse colique semblable à celle décrite plus haut, mais descendant jusque dans le petit bassin par suite de la vacuité de la vessie ; la branche droite descendante de cette anse cache complètement le côlon ascendant et le cæcum, descendant même au-dessous de lui.

L'angle gauche est situé dans tous ces cas sous les dernières côtes, et le ligament phrénico-colique s'insère sur les 11^e ou 12^e côtes.

En résumé nous avons réuni dans ce groupe des côlons transverses ayant une longueur supérieure à celle du groupe précédent, puisque la longueur moyenne est ici de 60 centimètres. Les côlons de ce groupe ont pour caractère commun de décrire une ou plusieurs anses convexes en bas situées au-dessous de l'ombilic et pouvant descendre jusque dans le petit bassin. Les deux angles coliques sont situés au-dessous ou au niveau des dernières côtes, et l'angle colique gauche ne remonte jamais plus haut que la 11^e côte sur la ligne axillaire. Cette ptose colique est accompagnée ou non de ptose des autres viscères.

Nous n'avons pas fait rentrer dans ce groupe tous les cas dans lesquels le côlon transverse décrit une anse à convexité inférieure, mais seulement les cas dans lesquels le côlon transverse présente cette seule particularité. Nous verrons plus loin que d'autres côlons présentent également une anse convexe en bas, mais ils ont été classés à part à cause d'un autre caractère commun qu'ils présentent.

III. — Côlon transverse décrivant une anse à convexité supérieure, et dont le méso est renversé en haut dans toute son étendue.

Homme de 65 ans. Longueur du côlon transverse 66 centimètres (Voir planche III). Le côlon ascendant traverse de bas en haut la fosse iliaque droite, et se met en rapport avec la face interne du lobe droit du foie jusqu'au niveau de la vésicule biliaire. Immédiatement au-dessous de celle-ci il se recourbe en contournant le bord tranchant du foie, pour se diriger obliquement en haut et à droite, et s'enfoncer sous les fausses côtes droites au devant de la face convexe du foie. Le côlon transverse décrit ainsi dans l'hypochondre droit, entre la paroi costale et la face convexe du foie, une anse à convexité supérieure et droite dont la convexité s'applique contre la voûte du diaphragme ; la partie gauche et terminale de cette anse s'applique contre la face droite du ligament falciforme. Le côlon arrivé au niveau du bord inférieur du ligament falciforme, se recourbe pour se diriger transversalement à gauche, et présente à ce niveau une portion rétrécie, formant ainsi une sorte d'encoche dans laquelle vient se loger le bord tranchant du ligament falciforme.

Cette anse colique a laissé sur le foie une empreinte très accentuée, formant ainsi au foie une face absolument antérieure et légèrement concave, limitée en bas et en dedans par le bord tranchant du foie, — en haut et en dedans par un bord convexe. Au delà de ce bord supérieur mousse existe une face supérieure et convexe considérablement moins étendue qu'à l'état normal. Le bord tranchant du foie, au niveau où le côlon se réfléchit sur lui pour aborder la face antérieure

du foie, présente une empreinte colique caractérisée par une légère encoche, et par ce fait que le bord inférieur du foie n'est ni aussi mince ni aussi tranchant à ce niveau que dans le reste de son étendue; il est au contraire arrondi.

A partir du ligament falciforme, le côlon se dirige transversalement à gauche, recouvre la partie supérieure de la première portion du duodénum, passe au devant de la portion pylorique de l'estomac, arrive au niveau du rebord costal gauche, devient oblique en haut et à gauche, et s'enfonce dans l'hypochondre gauche en suivant la grande courbure de l'estomac. Il s'applique contre le diaphragme, se recourbe en suivant la concavité de cette voûte dans toute sa hauteur, devient ainsi accolé à la paroi diaphragmatico-costale gauche, et se dirige verticalement en bas jusqu'au niveau de la 11^e côte où il donne insertion au ligament phrénico-colique; c'est à ce niveau qu'il se termine pour devenir côlon descendant.

Il forme donc ainsi dans l'hypochondre gauche une anse dont la concavité regarde en bas et un peu en dedans, anse dont la branche droite ascendante longe la grande courbure de l'estomac, et dont la branche gauche descendante située dans un plan un peu plus antérieur, contre la paroi latérale du diaphragme, passe au devant de la rate, au-dessus de laquelle s'étendait la convexité de cette anse colique.

On trouve ainsi dans l'hypochondre gauche différents organes disposés de la façon suivante : en dedans et en avant l'estomac, en dehors et en avant l'anse colique et en arrière la rate.

Ainsi chez cet homme il n'y avait pas d'angle colique droit ni de ligament hépato-colique. Il n'y avait pas non plus d'angle colique gauche, ou du moins cet angle n'existait pas au

niveau du ligament diaphragmatico-colique. On pourrait en effet considérer comme l'angle colique gauche le point le plus élevé de l'anse que décrit le côlon dans l'hypochondre gauche. Nous retrouverons dans le dernier chapitre une disposition analogue au point de vue de la situation du ligament phrénico-colique, qui peut faire prendre pour un angle colique gauche haut situé, le sommet de l'anse colique renversée en haut dans l'hypochondre gauche.

Le côlon transverse qui occupe ainsi la partie la plus élevée de la cavité abdominale, a renversé en haut le méso-côlon transverse dans toute son étendue de telle sorte que le bord antérieur ou colique de ce méso est devenu supérieur, c'est-à-dire que le plan horizontal passant par ce bord se trouve situé au-dessus du plan horizontal passant par la racine du méso; de même la face supérieure du méso-côlon transverse est devenue postérieure.

Nous avons observé 4 autres côlons présentant une disposition analogue, c'est-à-dire dont le méso-côlon est renversé en haut dans toute son étendue. Mais ces 4 autres côlons n'ont pas tout à fait exactement la même disposition que le côlon précédent.

Chez un homme de 59 ans le côlon transverse présente à peu près la même disposition que dans l'observation précédente; il est placé également entre le foie et la paroi antérieure de l'hypochondre droit, mais remonte un peu moins haut dans cet hypochondre, laissant la partie supérieure du foie séparée de la paroi thoracique antérieure simplement par le grand épiploon ratatiné au-dessus de l'anse colique. Dans l'épigastre ce côlon passe transversalement au devant du lobe gauche du foie et de l'estomac; cette portion trans-

versale du côlon occupant l'épigastre était la seule que l'on aperçut à l'ouverture de l'abdomen, tout le reste étant caché sous les côtes. Dans l'hypochondre gauche, ce côlon forme une anse dilatée qui sépare complètement la face antérieure de l'estomac de la paroi thoracique.

Dans un autre cas, le côlon suit le rebord costal droit et le bord antérieur du foie, puis arrivé au niveau du ligament falciforme, il vient se placer dans la région épigastrique au devant du lobe gauche du foie et de l'estomac ; dans le reste de son trajet dans l'hypochondre gauche, il suit la grande courbure de l'estomac.

Dans le 4^e cas enfin, le côlon suit également le rebord costal droit, est recouvert par le lobe gauche du foie dans la région épigastrique, recouvrant lui-même la face antérieure de l'estomac.

En résumé nous avons réuni dans ce groupe des côlons transverses ayant une longueur moyenne de 59 centimètres. Ils ont pour caractère commun d'occuper la partie supérieure de la cavité abdominale par suite du renversement en haut de leur méso dans toute son étendue. Ces côlons s'enfoncent très haut dans l'hypochondre gauche où ils trouvent facilement de la place, et s'enfoncent dans l'hypochondre droit lorsqu'ils ont pu s'intercaler entre le foie et la paroi thoracique. En tout cas, même s'ils n'ont pu trouver place entre le foie et la paroi thoracique, ils sont cependant renversés en haut dans leur portion droite, et suivent le rebord costal droit, différant en cela des côlons de la catégorie suivante qui ont leur portion droite située plus ou moins bas dans la cavité abdominale. Enfin au point de vue de leurs rapports avec l'estomac dans l'hypochondre gauche, les côlons que

nous venons de décrire, recouvrent la face antérieure de l'estomac, ou bien suivent simplement la grande courbure.

IV. — Côlon transverse dont la moitié gauche du méso est seule renversée en haut.

Nous avons vu jusqu'ici que le côlon pouvait être transversal avec un méso-côlon à peu près horizontal, qu'il pouvait être fortement abaissé dans la cavité abdominale avec un méso allongé, vertical, et en quelque sorte renversé en bas, présentant une face antérieure et non plus supérieure, qu'enfin il pouvait occuper la partie la plus élevée de la cavité abdominale, avec un méso également vertical mais renversé en haut de telle sorte que son bord antérieur était devenu supérieur, et sa face supérieure, postérieure. Les côlons qu'il nous reste maintenant à décrire ressemblent en partie à l'une de ces variétés, en partie à l'autre : la partie droite de leur méso-côlon est soit horizontale, soit renversée en bas, tandis que la partie gauche est renversée en haut dans l'hypochondre gauche et dans l'épigastre au devant de l'estomac.

C'est à propos de cette dernière catégorie de côlons qu'il nous semble utile d'adopter la division faite par Fromont du côlon transverse en 2 portions. La première portion nous la connaissons déjà par les descriptions précédentes, car elle existait seule dans nos deux premiers groupes de côlons, soit qu'elle fût horizontale ou sensiblement horizontale (1^{er} groupe) et méritait le nom d'anse transverse vraie que lui a donné Fromont, — soit qu'elle décrivit une ou plusieurs anses (2 groupe) et méritât le nom d'anse sinueuse que lui a donné Maucclair. Quant à la deuxième portion nous pouvons lui

conserver le nom d'anse gastro-colique que lui donne Fromont. quoique la description que nous en faisons ne soit pas tout à fait semblable à celle de Fromont.

Cette anse gastro-colique n'est pas toujours identique dans tous les cas et nous devons en décrire 4 variétés.

1^o ANSE GASTRO-COLIQUE RECTILIGNE.

Homme de 72 ans. Longueur du côlon transverse 69 centimètres. Le côlon ascendant traverse de bas en haut la fosse iliaque droite, s'applique contre la face interne du lobe droit du foie jusqu'au niveau de la vésicule biliaire ; à ce niveau le côlon forme l'angle colique droit en se recourbant pour se diriger en bas, traverse de haut en bas la fosse iliaque immédiatement en dedans du côlon ascendant ; le côlon transverse arrive ainsi jusqu'au niveau du détroit supérieur et se recourbe pour se diriger en haut formant une vaste anse à concavité supérieure. Arrivé au niveau du creux épigastrique le côlon transverse continue sa direction ascendante, puis devient un peu oblique en haut et à gauche au moment où il pénètre sous les fausses côtes gauches ; à partir de ce point où le côlon devient oblique en haut et à gauche, son méso est renversé en haut au devant de l'estomac, de telle sorte que la face antérieure de l'estomac est séparée de la paroi abdominale, à droite dans le creux épigastrique par le lobe gauche du foie, — à gauche du foie par le côlon transverse, et plus à gauche par le méso-côlon transverse renversé. Après s'être enfoncé ainsi entre les fausses côtes gauches et la face antérieure de l'estomac, le côlon contourne la grande courbure de l'estomac se dirigeant plus en arrière et à gau-

che, arrive en contact avec l'extrémité inférieure de la rate, et se recourbe à angle aigu pour devenir verticalement descendant. C'est sur cet angle situé au niveau de la 9^e côte sur la ligne axillaire, que s'insère le ligament phrénico-colique, dans la concavité duquel se loge l'extrémité inférieure de la rate.

Nous avons trouvé cinq fois l'anse gastro-colique ainsi disposée, rectiligne, en partie præstomacale ; la seule différence à noter dans ces 5 observations est la hauteur de l'angle colique gauche par rapport aux côtes ; dans les 4 autres observations cet angle est au niveau des 7^e, 8^e et 11^e côtes.

Quant à la première portion du côlon transverse elle décrit dans tous ces cas une anse à convexité inférieure descendant au-dessous de l'ombilic.

Dans un cas un peu particulier, que nous devons considérer comme anormal à cause du foie énorme qui occupe la partie supérieure de l'abdomen, et dont nous avons déjà parlé à propos des anomalies du côlon ascendant, le côlon transverse (voir planche I) décrit à partir de son angle droit une anse à convexité inférieure qui descend jusqu'à l'angle sacro-vertébral ; cette anse se trouve séparée de la paroi antérieure de l'abdomen par l'origine du côlon ascendant. Après avoir décrit cette anse, le côlon continue son trajet oblique en haut et à gauche, et devient presque vertical au moment où il s'enfonce sous les fausses côtes gauches, séparant complètement l'estomac de la paroi antérieure thoraco-abdominale.

La longueur moyenne des côlons rangés dans ce groupe est de 57 centimètres.

2° ANSE GASTRO-COLIQUE SINUEUSE.

Homme de 59 ans. Longueur du côlon transverse 63 centimètres (voir planche IV). Le côlon ascendant se dirige directement de bas en haut, traverse la fosse iliaque droite, et arrivé au niveau des dernières côtes se recourbe pour se diriger en bas, formant ainsi l'angle colique droit, qui est rattaché à la face interne du lobe droit du foie par un ligament hépato-cystico-colique qui va s'insérer jusque sur le bord tranchant du foie en avant, et en arrière sur la vésicule biliaire à laquelle il forme un mésocyste.

A partir de cet angle, le côlon se dirige en bas, puis obliquement en haut et à gauche, décrivant ainsi une anse à convexité inférieure qui atteint l'ombilic. Le côlon arrive ensuite au niveau du rebord costal gauche, s'enfonce un peu sous les fausses côtes, puis se recourbe aussitôt pour se diriger obliquement en haut et à droite, parallèlement au rebord costal gauche, caché en grande partie par ce rebord. Arrivé ainsi dans le creux épigastrique tout près de la ligne médiane, au-dessous de l'appendice xiphoïde, il se recourbe à angle aigu pour se diriger en bas et à gauche, parallèlement à la portion précédente et au-dessus d'elle, complètement caché sous les fausses côtes. Il s'enfonce ensuite un peu en arrière et en bas, arrive au niveau de la 10^e côte sur la ligne axillaire, et se recourbe de nouveau à angle obtus pour devenir verticalement descendant ; sur ce dernier angles s'insère le ligament phrénico-colique.

Le côlon transverse forme donc dans l'hypochondre gauche une anse dont la convexité supérieure et droite occupe le creux épigastrique ; cette moitié supérieure de l'anse est

séparée de la paroi abdominale par le lobe gauche du foie ; le reste de l'anse est en rapport direct avec la paroi thoraco-abdominale. L'estomac est presque complètement caché par cette anse colique et n'est en rapport direct avec la paroi abdominale que sur une toute petite étendue au niveau de sa portion pylorique.

Dans 6 cas nous avons trouvé l'anse gastro-colique sinueuse au devant de l'estomac ; la forme des sinuosités est seule variable ; c'est ainsi que dans un autre cas seulement l'anse gastro-colique est absolument semblable à celle que nous venons de décrire, la première portion du côlon formant également une anse à convexité inférieure descendant jusqu'au-dessous de l'ombilic.

Dans les 4 autres cas la première portion du côlon est relativement haut située, sur les limites de la région épigastrique et de la région ombilicale ; elle est à peu près transversale et aborde le rebord costal gauche en un point très rapproché de l'appendice xiphoïde ; à ce niveau le côlon se recourbe pour se diriger parallèlement au rebord costal, c'est-à-dire de haut en bas et de droite à gauche ; le côlon se recourbe de nouveau à angle aigu vers la partie inférieure du rebord costal, pour se diriger parallèlement à ce bord caché sous les fausses côtes, c'est-à-dire de bas en haut et de gauche à droite, immédiatement au-dessus de la portion précédente, puis nouvel angle aigu et troisième segment de côlon parallèle aux précédents et situé au-dessus d'eux. Ce dernier segment de côlon oblique en bas et à gauche, se recourbe à son tour à angle obtus pour devenir verticalement descendant : sur ce dernier angle s'insère le ligament phrénico-colique.

Dans l'hypochondre gauche le côlon forme ainsi une S itali-que située au devant de l'estomac.

La longueur moyenne des côlons rangés dans ce groupe est de 64 centimètres.

3^o ANSE GASTRO-COLIQUE EN U RENVERSÉ.

Homme de 55 ans. Longueur du côlon transverse 63 centimètres (voir planche V). Le côlon ascendant parcourt de bas en haut la fosse iliaque droite, s'enfonce sous la face inférieure du foie qui descend jusqu'au niveau de la crête iliaque, et immédiatement au-dessus de cette crête iliaque, au-dessous de l'extrémité inférieure du rein, se recourbe à angle aigu pour se diriger obliquement en bas et à gauche. Ce n'est pas exactement sur cet angle colique droit que s'insère le ligament hépato-colique, mais un peu plus en dedans, à droite de la ligne médiane, sur la portion oblique en bas et à gauche du côlon transverse. Ce ligament s'insère d'autre part sur la face inférieure du foie, immédiatement au-dessous de la vésicule biliaire avec laquelle il se confond.

A partir de l'angle colique droit, le côlon décrit une anse à convexité inférieure occupant les limites de la région hypogastrique et de la région ombilicale; cette anse était en grande, partie sur la ligne médiane, séparée de la paroi antérieure de l'abdomen par une anse d'intestin grêle. Le côlon devenu un peu oblique en haut et à gauche, arrive dans la fosse iliaque gauche où il repose sur des anses d'intestin grêle. A ce niveau, occupant la partie latérale gauche de la fosse iliaque gauche, tout contre la crête iliaque, immédiatement au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, le côlon forme un coude et devient verticalement ascendant. Il traverse ainsi de bas en haut la partie supérieure de la fosse iliaque gauche, la fosse lombaire, et s'enfonce sous les fausses côtes, toujours

situé contre la paroi latérale de l'abdomen. Il croise la grande courbure de l'estomac, recouvre la partie de l'estomac située dans l'hypochondre gauche, et se cache en partie sous l'extrémité gauche du lobe gauche du foie. Dans toute la partie supérieure de son trajet vertical, il suit la paroi antérieure de l'hypochondre gauche, et se moule sur la concavité du diaphragme jusqu'au point le plus élevé de cette voûte musculaire: là il se recourbe à angle aigu pour devenir verticalement descendant, débordant d'abord un peu en dehors la portion ascendante; bientôt il se place directement en arrière de cette portion, dans le même plan antéro-postérieur. Arrivé au niveau de la 11^e côte, le côlon donne insertion au ligament phrénico-colique, puis continue sa direction descendante venant ainsi s'aboucher directement dans la dernière portion du gros intestin.

L'anse gastro-colique de ce côlon transverse, dont on peut marquer l'origine au point où le côlon devient directement ascendant, forme donc une anse en forme d'U ouvert en bas, et dont les deux branches sont situées dans le même plan antéro-postérieur; des anses d'intestin grêle occupent dans l'hypochondre gauche tout l'espace laissé libre dans la concavité formée par les 2 branches de cet U.

La branche ascendante de cette anse colique est en rapport direct en avant avec la paroi abdominale, et en arrière avec des anses d'intestin grêle.

La partie la plus élevée de cette anse, ou faux angle colique gauche, est au niveau de la 8^e côte et en rapport direct avec le diaphragme qui la sépare de la base du poumon gauche.

Quant à la branche postérieure ou descendante de cette anse colique qui a une longueur de 16 centimètres, elle est

en rapport en dehors et en arrière d'abord avec le diaphragme, mais presque aussitôt elle se place au devant du ligament gastro-splénique, descendant ainsi en avant et un peu en dehors de l'estomac, en avant et un peu en dedans de la rate, au-dessus de laquelle elle était d'abord située ; toute la partie antérieure de la face interne de la rate, c'est-à-dire la partie située en avant des vaisseaux courts, est donc recouverte par le côlon. Bientôt la branche postérieure de l'anse colique abandonne l'estomac, contournant la grande courbure et le ligament gastro-splénique, reste toujours au devant et en dedans de la rate, et se loge dans un angle dièdre ouvert en avant que lui forment l'extrémité supérieure du rein en dedans, et l'extrémité inférieure de la rate en dehors. Cette branche s'enfonce ensuite profondément vers la paroi abdominale postérieure et devient côlon descendant.

Toute cette portion du côlon qui occupe l'hypochondre gauche, par suite du renversement en haut de la portion gauche du mésocôlon transverse, n'a contracté aucune adhérence avec les organes voisins, et on peut très facilement renverser en bas cette anse gastro-colique avec son méso-côlon, de façon à obtenir un angle colique gauche maintenu au niveau de la 11^e côte par son ligament diaphragmatico-colique.

Nous avons trouvé l'anse gastro-colique ainsi disposée dans 8 cas avec quelques différences légères. C'est ainsi que dans un cas, la voûte du diaphragme étant plus élevée, le faux angle colique gauche atteignait la 7^e côte, et la longueur de la branche descendante de l'U, c'est-à-dire la longueur du côlon entre le faux angle colique gauche et le ligament phrénico-colique était de 19 centimètres.

Le point où l'anse gastro-colique aborde le rebord costal gauche est également variable ; c'est tantôt à peu près vers le milieu de ce rebord, tantôt, comme dans le cas dont nous venons de rapporter l'observation, plus à gauche vers la partie inférieure de ce rebord.

Dans 4 cas l'anse gastro-colique était appliquée immédiatement contre la paroi thoraco-abdominale latérale, et se trouvait en rapport en dedans avec la moitié inférieure de la face externe de la rate, et non pas comme dans l'observation rapportée plus haut avec la partie antérieure de la face interne de la rate, de telle sorte qu'à la percussion la plus grande partie de la matité splénique aurait été masquée par la sonorité colique.

Quant à la première portion du côlon transverse, elle ne présentait rien de particulier qui n'ait été déjà signalé, soit qu'elle fût à peu près transversale jusqu'au rebord costal gauche, soit qu'elle décrivît une anse à convexité inférieure.

En résumé nous avons décrit dans ce chapitre des côlons ayant pour caractère commun, leur portion gauche renversée en haut dans l'hypochondre gauche, et séparant sur une plus ou moins grande étendue l'estomac de la paroi abdominale ; et nous avons distingué parmi tous ces côlons 3 variétés différentes : la première variété est caractérisée par une anse gastro-colique rectiligne et a une longueur moyenne de 57 centimètres ; la seconde variété est caractérisée par une anse gastro-colique sinueuse et a une longueur moyenne de 64 centimètres ; la troisième variété est caractérisée par l'existence d'un faux angle colique gauche et a une longueur moyenne de 65 centimètres.

CHAPITRE IV

Angle gauche ou splénique du côlon.

Il nous reste peu de choses à dire sur cet angle, l'ayant déjà forcément décrit en partie à propos du côlon transverse.

Les auteurs le considèrent comme constant ; cela n'est pas tout à fait exact, car nous avons vu que dans certains cas il existait un faux angle colique gauche haut situé et que le ligament phrénico-colique s'insérait plus bas sur une portion du côlon déjà verticalement descendante. Cependant le passage du côlon transverse dans le côlon descendant est toujours nettement indiqué par le ligament phrénico-colique qu'on peut considérer comme constant.

Cet angle gauche du côlon est généralement plus prononcé que celui de droite ; c'est souvent un angle droit ou un angle aigu à ouverture dirigée en bas et en dedans.

Sa situation est plus élevée que celle de l'angle droit ; nous l'avons trouvé en général cependant moins élevé que la plupart des auteurs ; cela tient peut-être à ce qu'ils ont considéré comme l'angle du côlon, le faux angle colique gauche que nous avons signalé.

Cet angle splénique du côlon est généralement en rapport en haut avec l'extrémité inférieure de la rate, à droite avec l'estomac ; — en arrière il repose sur la face antérieure du rein plus souvent sur sa moitié supérieure que sur sa moitié inférieure ; en avant et à gauche il répond au diaphragme qui le sépare du cul-de-sac pleural et parfois du poumon quand cet angle est situé assez haut dans l'hypochondre gauche.

A propos de la situation de l'angle colique gauche par rapport aux côtes, Fromont a établi la statistique suivante :

l'angle colique gauche était :

2 fois au niveau de la 11 ^e côte,		
3	—	10° —
2	—	9° —
18	—	8° —
10	—	7° —
4	—	6° —
1	—	5° —

Sur 97 cas Mauclore et Mouchet ont trouvé que l'angle colique gauche était :

3 fois au-dessous du rebord costal,		
1 fois au niveau de l'extrémité antérieure de la 12 ^e côte,		
22 fois au niveau de la 11 ^e côte,		
19	—	10° —
26	—	9° —
21	—	8° —
4	—	7° —

Nous avons trouvé sur 30 cas l'angle colique gauche :

2 fois au-dessous du rebord costal,		
3 fois au niveau de l'extrémité antérieure de la 12 ^e côte,		
5 fois au niveau de la 11 ^e côte,		
8	—	10° —
5	—	9° —
3	—	8° —
3	—	7° —
1	—	6° —

Dans les dix autres cas il existait un faux angle colique gauche situé au-dessus du ligament phrénico-colique.

CHAPITRE V

Applications médicales.

Les quelques faits relatifs à l'anatomie du côlon transverse que nous venons de rapporter, prêtent à quelques considérations médicales qui justifieront ce dernier chapitre.

Le type de côlon transverse que nous avons décrit comme formant une anse atteignant le pubis (voir planche II) se trouve situé au devant des organes contenus dans le petit bassin. Lorsque la vessie se remplit, au lieu de se mettre comme à l'état normal en rapport avec la paroi abdominale antérieure, elle se met en rapport avec l'extrémité inférieure de l'anse colique et son méso qui la séparent de la paroi abdominale. Pour peu que cette anse soit dilatée ainsi que cela se voit souvent, il existe dans toute la région hypogastrique une zone sonore qui sépare la vessie de la paroi abdominale, et masque ainsi la matité vésicale. Donc quand supposant qu'un malade ne vide pas sa vessie, on a pour s'en assurer percuté la région hypogastrique, on ne doit pas affirmer que la vessie est vide parce qu'on trouve la sonorité normale de cette région. On peut en effet se trouver en présence d'un cas dans lequel le côlon est venu se placer au-devant de la vessie, et ces cas ne sont pas extrêmement rares, car si nous n'avons pu constater le fait qu'une fois sur 40, cela tient à ce que dans les autres cas où le côlon atteignait le pubis, la vessie était vide.

Si la vessie est très distendue ou si l'anse colique est peu dilatée, il est fort probable qu'on obtient dans ces cas une zone sonore inférieure, et une zone mate supérieure, la partie la plus élevée de la vessie n'étant séparée de la paroi abdominale que par le méso-côlon transverse et le ligament gastro-colique. Dans ce cas on peut être fort embarrassé pour rapporter à sa véritable cause cette matité anormale.

Une anse colique qui descend jusqu'à la symphyse pubienne peut également rendre embarrassant le diagnostic des tumeurs pelviennes. On sait par exemple que l'un des principaux caractères des kystes de l'ovaire, c'est l'existence d'une matité absolue sur toute la surface de la tumeur. Dans son *Traité de chirurgie clinique* (3^e édition, tome II, page 94) Tillaux dit en effet que : « si en un point de la face antérieure d'un kyste on rencontre nettement une bande de sonorité, il faut en conclure que l'ovaire n'est pas le point de départ de la tumeur ; c'est du moins extrêmement probable. » Les exceptions à cette règle sont probablement dues, dans la plupart des cas, à l'existence de cette anse colique : la tumeur en effet à sa sortie du bassin, au moment où elle va s'appliquer contre la paroi abdominale, rencontre la face postérieure du méso-côlon transverse et va forcément repousser ce méso contre la paroi abdominale et se développer ainsi en arrière du côlon transverse et de son méso. Mon excellent ami le Dr Jeanne en a rapporté récemment un remarquable exemple (*Bulletins de la Société anatomique*, 1896, page 686). Chez une femme de 63 ans à ventre très volumineux, on constatait à la percussion des zones sonores séparées par des bandes mates. A l'autopsie on trouva un kyste multiloculaire au devant duquel existaient deux segments de gros intestin adh-

rents à la paroi abdominale et qu'on avait dû couper pour arriver sur la surface du kyste.

Nous avons décrit un côlon transverse occupant l'hypochondre droit et séparant la face convexe du foie de la paroi thoracique : on comprend facilement à quels renseignements inexacts aurait pu conduire l'exploration du foie chez cet homme, la matité hépatique étant remplacée dans toute son étendue par la sonorité colique ; dans ce cas l'absence totale de matité hépatique n'aurait pu qu'étonner le clinicien. Au contraire dans le second cas que nous avons signalé, et dans lequel la matité hépatique était vraisemblablement conservée dans la partie supérieure de l'hypochondre droit puisque l'anse colique occupait seulement la partie inférieure de cet hypochondre, le foie eût certainement été considéré comme très petit alors qu'il était de volume normal.

Bien que cette disposition du côlon ne soit pas très fréquente, elle n'est pas cependant une rareté puisque nous l'avons rencontrée 2 fois sur 40 autopsies. Mauclaire et Mouchet en rapportent également un exemple dans leur travail paru dans les *Bulletins de la Société anatomique*, 1896, — et Cruveilhier signale un cas semblable dans son *Traité d'anatomie*.

Nous avons vu que le côlon transverse était souvent situé au devant de l'estomac dans la région épigastrique et aussi dans l'hypochondre gauche. Ce rapport est intéressant à connaître au point de vue de la gastrostomie, et Tillaux dans son *Traité d'anatomie topographique* signale ce fait sur lequel Sédillot avait depuis longtemps attiré l'attention.

On comprend facilement pourquoi dans ces cas-là, l'exploration de l'estomac par la percussion doit être infidèle. On

sait en effet que la sonorité du côlon est souvent la même que celle de l'estomac, et qu'il est parfois bien difficile de différencier les deux sonorités. Si donc le côlon recouvre en partie l'estomac, on attribuera à ce dernier organe des limites inexactes, puisque la sonorité fournie par une anse colique se continuant sans interruption avec la sonorité gastrique pourra être attribuée à l'estomac ; dans ce cas l'estomac sera considéré comme plus étendu qu'il ne l'est en réalité. Ou bien si les deux sonorités peuvent être distinguées par un procédé quelconque, ou simplement grâce à la finesse de l'ouïe du clinicien, une erreur sera cependant possible et en sens contraire de tout à l'heure. En effet le côlon situé en partie au devant de l'estomac, masquera forcément une partie de la sonorité stomacale, et dans ce cas on considérera l'estomac comme beaucoup plus petit qu'il ne l'est en réalité.

Dans le même ordre d'idées signalons les causes d'erreur que la situation de l'anse gastro-colique entre la rate et la paroi latérale du thorax, peut faire naître dans la recherche de la matité splénique.

Si l'on examine la planche V on verra quelle erreur aurait pu commettre le chirurgien qui aurait pratiqué un anus iliaque sur ce sujet. Il serait tombé sur le côlon transverse qu'il aurait pris pour l'S iliaque, et l'on devine ce qui serait advenu s'il avait fermé le bout inférieur. L'erreur, dit Mauclaire qui signale un cas semblable dans son travail déjà cité, a d'ailleurs été commise.

Différents auteurs et en particulier Tillaux (*Traité d'anatomie topographique*) et Adenot (*Gazette hebdomadaire*, 1895) ont montré que les dispositions anatomiques de l'angle colique gauche, aigu et maintenu haut situé dans l'hypochondre

gauche par son ligament (disposition que nous avons observée dans un certain nombre de cas et non pas constamment) expliquent l'imperméabilité physiologique de cet angle dans un certain nombre d'occlusions intestinales post-opératoires. De là la nécessité d'explorer d'emblée l'angle gauche du côlon dans les laparotomies pratiquées pour occlusion intestinale post-opératoire.

Rappelons enfin pour terminer, la situation du cæcum et de l'appendice figurés planche I, en faisant remarquer qu'une appendicite développée chez cette femme aurait donné lieu à des symptômes un peu spéciaux au point de vue de la localisation de la douleur et des signes physiques.

CONCLUSIONS

Remarquons d'abord que ces conclusions sont le résultat d'une étude anatomique faite sur des gens âgés ; nous ne pouvons par conséquent affirmer d'une façon absolue qu'elles s'appliquent également au côlon transverse de l'adulte.

I. — Il n'existe pas un type de côlon transverse se rencontrant toujours identique chez tous les individus.

II. — Le côlon transverse est la partie la plus mobile du gros intestin.

III. — Le côlon transverse peut occuper tous les points de la cavité abdominale.

IV. — Lorsque le côlon transverse est court ainsi que son méso, sa direction est généralement transversale et rectiligne.

V. — Les sinuosités que décrit le côlon transverse sont dues à sa longueur et à celle de son méso.

VI. — Le méso-côlon transverse peut être allongé et renversé en bas, le côlon occupant la partie inférieure de la cavité abdominale.

VII. — Le méso-côlon transverse peut être renversé en haut, le côlon occupant la partie supérieure de la cavité abdominale.

VIII. — Le méso-côlon transverse n'est plus souvent renversé en haut que dans sa portion gauche, la moitié gauche du côlon occupant l'hypochondre gauche, tandis que la moitié droite est située plus bas dans la cavité abdominale.

IX. — L'extrémité gauche du côlon transverse est toujours située plus haut que son extrémité droite.

X. — La grande mobilité du côlon transverse fait qu'il peut se placer au devant de la plupart des organes abdominaux, et être ainsi une cause d'erreur dans l'exploration clinique de la cavité abdominale.

Vu :

Le Président de la thèse,
DUVAL.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Adenot.** — *Gazette hebdomadaire*, 1898.
Bertin. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Article Cölon.
Bricon. — Epiploon cystico-colique. *Progrès médical*, 1888.
Cruveilhier et Marc Sée. — *Traité d'anatomie descriptive*.
Debierre. — *Traité d'anatomie*.
J.-L. Faure. — *L'appareil suspenseur du foie*. Thèse Paris 1891-92.
Fleury. — *Essai sur l'anatomie de la rate*. Thèse Paris, 1892.
Fromont. — *Contribution à l'anatomie topographique de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif*. Thèse Lille, 1890.
Glénard. — *Lyon médical*, 1885.
Jeanne. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1896.
Mauclaire et Mouchet. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1896.
Poirier et Charpy. — *Traité d'anatomie humaine*.
Sappey. — *Traité d'anatomie descriptive*.
Testut. — *Traité d'anatomie humaine*.
Tillaux. — *Traité d'anatomie topographique*.
Tillaux. — *Traité de chirurgie clinique* (tome II).
Toldt. — *Die Darmgekröse und Netze*. Vienne, 1889.
Trèves. — *British medical Journal*, 1885 (tome I).
-

PLANCHE I

Anomalie du côlon ascendant.

(Dans ce dessin et les suivants les traits en pointillé indiquent le rebord costal et le contour osseux du bassin.)

A, appendice.

Cœ, cæcum récliné en bas et à gauche pour laisser voir le côlon transverse qu'il recouvrait sur la ligne médiane au niveau de l'ombilic ; la face de ce cæcum qui est figurée était par conséquent postérieure et en contact direct avec l'anse du côlon transverse.

CA, côlon ascendant ; il est très long et on n'en aperçoit qu'un petit segment, la plus grande partie de ce côlon ascendant forme une anse cachée dans le petit bassin.

CT, côlon transverse ; la partie terminale non figurée s'enfonce sous les côtes au devant de l'estomac.

EP, grand épiploon relevé au devant du méso-côlon transverse.

F, foie.

VB, vésicule biliaire.

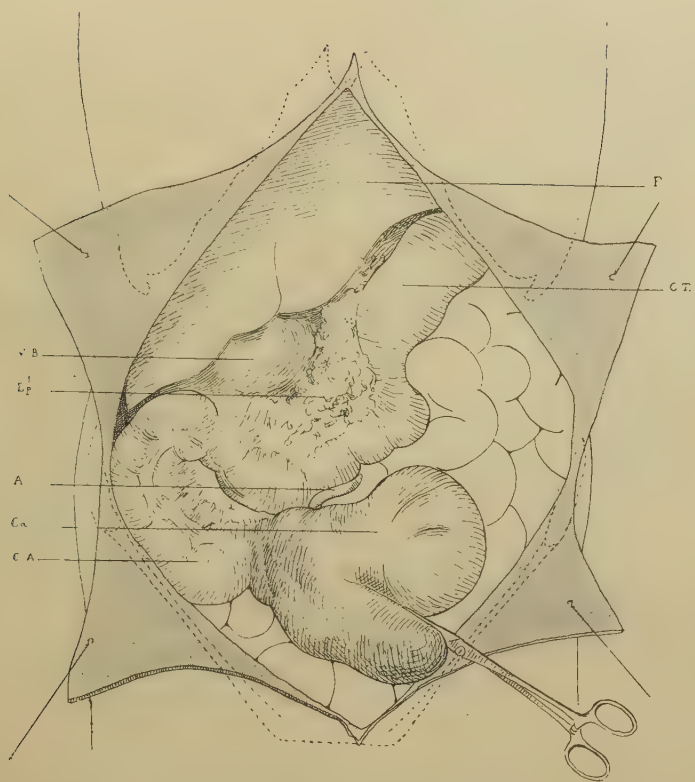


PLANCHE I

PLANCHE II

Côlon transverse décrivant une anse à convexité inférieure.

CA, côlon ascendant.

CT, côlon transverse ; la partie inférieure de l'anse du côlon transverse sépare la vessie remplie d'urine de la paroi antérieure de l'abdomen.

E, estomac.

F, foie.

L, ligament gastro-colique ; il est très allongé et mesure sur la ligne médiane 12 centimètres.

LH, ligament hépato-colique ; ce ligament ne s'insère pas exactement sur l'angle du côlon, mais un peu plus près de la ligne médiane, sur l'origine du côlon transverse ; son extrémité inférieure se bifurque pour s'insérer d'une part en bas sur le côlon transverse, d'autre part à gauche sur la portion pylorique de l'estomac se continuant avec le ligament gastro-colique.

VB, vésicule biliaire.

VO, veine ombilicale.

BIBLIOGRAPHIE

- Adenot.** — *Gazette hebdomadaire*, 1893.
Bertin. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Article Côlon.
Bricon. — Epiploon cystico-colique. *Progrès médical*, 1888.
Cruveilhier et Marc Sée. — *Traité d'anatomie descriptive*.
Debierre. — *Traité d'anatomie*.
J.-L. Faure. — *L'appareil suspenseur du foie*. Thèse Paris 1891-92.
Fleury. — *Essai sur l'anatomie de la rate*. Thèse Paris, 1892.
Fromont. — *Contribution à l'anatomie topographique de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif*. Thèse Lille, 1890.
Glénard. — *Lyon médical*, 1885.
Jeanne. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1896.
Mauclaire et Mouchet. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1896.
Poirier et Charpy. — *Traité d'anatomie humaine*.
Sappey. — *Traité d'anatomie descriptive*.
Testut. — *Traité d'anatomie humaine*.
Tillaux. — *Traité d'anatomie topographique*.
Tillaux. — *Traité de chirurgie clinique* (tome II).
Toldt. — *Die Darmgekröse und Netze*. Vienne, 1889.
Trèves. — *British medical Journal*, 1885 (tome I).
-

PLANCHE I

Anomalie du côlon ascendant.

(Dans ce dessin et les suivants les traits en pointillé indiquent le rebord costal et le contour osseux du bassin.)

A, appendice.

Cœ, cæcum récliné en bas et à gauche pour laisser voir le côlon transverse qu'il recouvrait sur la ligne médiane au niveau de l'ombilic ; la face de ce cæcum qui est figurée était par conséquent postérieure et en contact direct avec l'anse du côlon transverse.

CA, côlon ascendant ; il est très long et on n'en aperçoit qu'un petit segment, la plus grande partie de ce côlon ascendant forme une anse cachée dans le petit bassin.

CT, côlon transverse ; la partie terminale non figurée s'enfonce sous les côtes au devant de l'estomac.

EP, grand épiploon relevé au devant du méso-côlon transverse.

F, foie.

VB, vésicule biliaire.

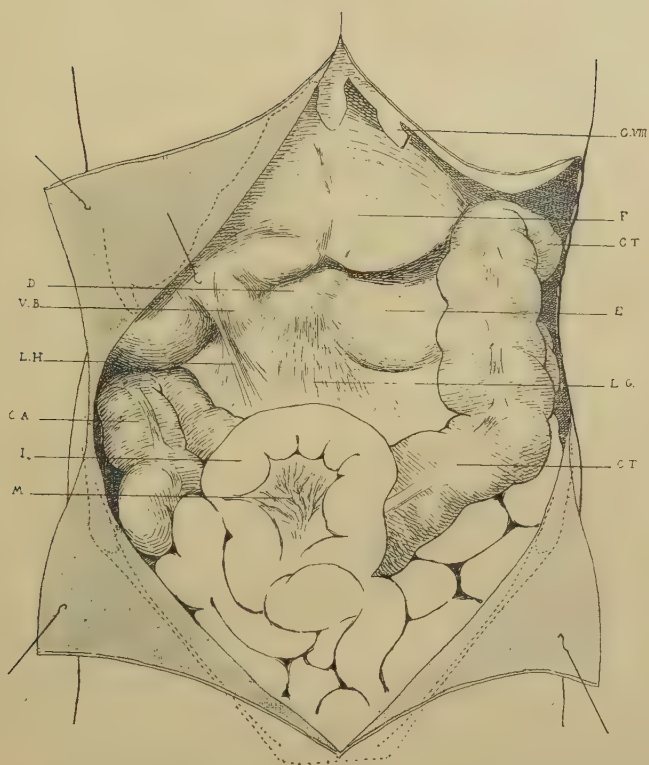


PLANCHE V

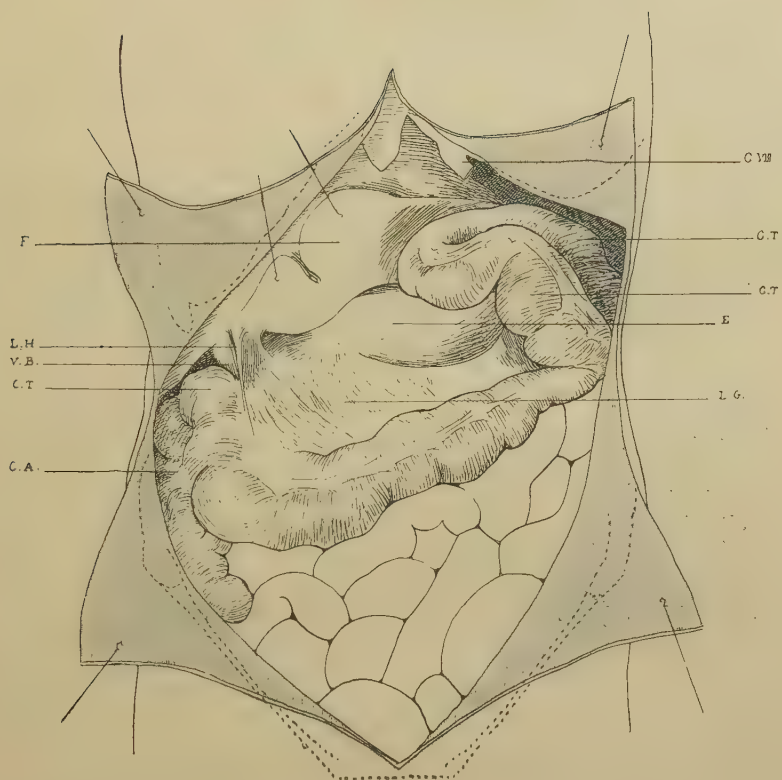


PLANCHE IV

PLANCHE V

*Côlon dont la moitié gauche du méso est seule renversée en haut.
Anse gastro-colique en U renversé.*

CT, côlon transverse masqué sur la ligne médiane par une anse d'intestin grêle ; on voit dans l'hypochondre gauche la partie supérieure de la branche descendante de l'U qui déborde un peu à ce niveau la branche ascendante.

D, origine du duodénum.

E, estomac.

CVIII, 8^e côte sectionnée pour laisser voir la partie supérieure de l'anse gastro-colique cachée sous les fausses côtes gauches.

F, foie.

I, intestin grêle.

M, mésentère.

LG, ligament gastro-colique.

LH, ligament hépato-cystico-duodéno-colique.

VB, vésicule biliaire.

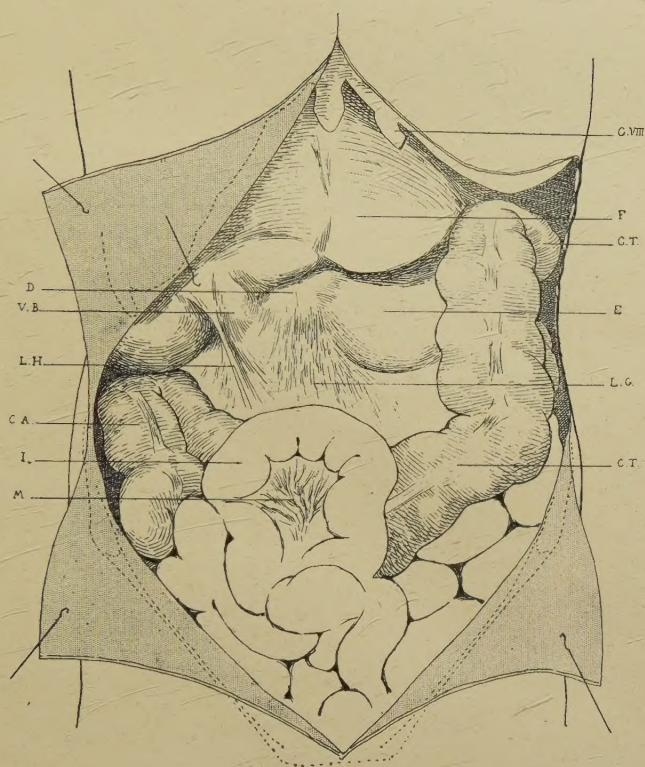


PLANCHE V

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier
